

Dieser Vortrag ist eine Zusammenfassung der Inhalte des Buches „Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder – Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien“ und darf nur in der wissenschaftlich anerkannten Art zitiert werden. Die **in Klammern angegebenen Zahlen** beziehen sich auf die jeweiligen **Folien-Nummern der PowerPoint-Präsentation** zu diesem Vortrag; daher ist es notwendig, mit beiden Teilen parallel zu arbeiten.

---

**(1) Fachkongress „Raus aus der Krise – Krisenkompetenz und Krisenintervention in Jugendhilfe und Kinderschutz“  
vom 11. – 12. August 2008 in Mainz**

**(2) Vortrag 4  
„Risikofaktor Hilfesystem – Krisenintervention in suchtkranken Familien“  
am 12. August 2008 von 09:30 bis 10:30 Uhr**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der alten chinesischen Kultur, die sich durch eine dynamische Weltsicht und durch einen geschärften Sinn für Geschichte ausgezeichnet hat, war der tiefe Zusammenhang zwischen dem Erleben von Krise, der damit verbundenen Gefahr und dem Wandel als Folge einer Krise bewusst **(3)**. Der Begriff, der in der alten chinesischen Kultur für Krise verwendet wurde, ist „wei-ji“ **(4)** – dieser setzt sich zusammen aus dem Schriftzeichen für „Gefahr“ und dem für „gute Gelegenheit (Chance)“. Bei der Vorbereitung auf diesen Vortrag habe ich mir gedacht, es kann nützen, die Weisheit dieser Kultur zu nutzen, um dieses komplexe und manchmal auch schwierige Thema „Risikofaktor Hilfesystem – Krisenintervention in suchtkranken Familien“ heute mit Ihnen zusammen zu erarbeiten.

Als ich mich mit diesen Schriftzeichen und diesen chinesischen Begriffen beschäftigt habe **(5)**, ist mir noch eine weitere Analogie zu dem Thema dieses Kongresses und zu meinem Vortragsthema aufgefallen –, denn zuerst **(6)** habe ich nichts verstanden –, und so ist es mir häufig genug im Kontakt zu sucht- und drogenkranken Familiensystemen ergangen! Dass

dies nicht nur ein philosophischer Exkurs ist, sondern dass es eine wirkliche Krise in der Nähe zu diesem Thema gibt (7), hat uns „das (professionelle) Leben gelehrt“.

In der Bundesrepublik sind in den letzten Wochen, Monaten und Jahren einige Kinder grausam zu Tode gekommen (8) – und ihr Leben, Leiden und Sterben ist „die Krise“ im Kontext des Kinderschutzes und im Besonderen im Kontext sucht- und drogenkranker Familiensysteme, über die es heute auch zu sprechen gilt.

Heute möchte ich mit Ihnen zusammen die Frage bearbeiten, ob diese Krisen im Sinne von Gefahr bereits im Sinne der chinesischen Philosophie in eine „gute Gelegenheit und Chance“ verwandelt wurden. Um dies mit Ihnen zusammen zu erarbeiten, werde ich in den nächsten ca. 60 Minuten (9)

- in das Thema einführen, um
- „die Krise“ in suchtkranken Familiensystemen
- ebenso wie den „Risikofaktor Hilfesystem“ als Teil dieses Krisenszenarios im Detail zu analysieren,
- um danach die Frage zu stellen, wie Kriseninterventionen in suchtkranken Familiensystemen gestaltet werden sollten.

Das Vortragsthema verlangt, mich in meinen folgenden Ausführungen auf zwei Ebenen zu bewegen (10).

- Ich werde die klassische Ebene beachten und die Krise im Leben der Kinder und „ihren“ suchtkranken Familiensystemen aufzeigen
- und gleichzeitig das professionelle Helfersystem, die Politik und Kultur als eine Einflussgröße in der Entwicklung dieser Kinder betrachten;
- denn suchtkranke Familiensysteme entwickeln sich in einer speziellen Interaktion zu professionellen Systemen, zur Politik und in dieser Kultur – und diese Interaktion ist Teil der Krisenentwicklung (11).

Denn die lineare Betrachtung nur einer Ebene ist nach meinem Verständnis schon einer der großen Risikofaktoren in sich; er spaltet die komplexe Interaktion zwischen Familien und dem System dahinter ab, und aus dieser speziellen Interaktion entwickeln sich Krisen (12).

Mit anderen Worten, ich werde in meinen Ausführungen das tun, (13) was in den Familientherapien mit suchtkranken Familien auch getan werden muss: Ich werde abgespaltene

Wahrheiten benennen und mich zusammen mit Ihnen der Komplexität des Problems widmen. – Ich bitte Sie herzlich, diese „Öffnung der Krise“ einen Moment lang auszuhalten, dies meint auch die Emotionen, die diese „Öffnung der Krise“ auslöst.

**(14)** Die Selbstverständlichkeit, die durch das Thema dieses Kongresses hergestellt ist, die Verbindung zwischen Krisen, einem „Raus aus der Krise“, Krisenkompetenz und Krisenintervention, ist eine Selbstverständlichkeit, die ich mir erlaube, im Kontext von suchtkranken Familien zu hinterfragen: „Ist es wirklich so, dass die Krise ausreichend erkannt ist, so dass überhaupt eine Krisenkompetenz und Krisenintervention entwickelt werden kann?“ – und – „Wie werden Krisen in suchtkranken Familiensystemen erkennbar?“

Meinen Ausführungen stelle ich zwei Bemerkungen voran **(15)**:

1. Ich werde mit keiner Silbe die Frage einer Schuld von irgendjemandem erörtern, weil ich glaube, dass diese Frage nur von der eigentlichen Problematik ablenkt – und dass es mir nicht zusteht, mich hierzu zu äußern.
2. Zum anderen distanziere ich mich von der häufig, wie ich meine, vorschnell formulierten Hypothese, „Jugendämter haben versagt“. Ich erlebe in der Zusammenarbeit mit Jugendämtern überwiegend spezialisierte und kompetente Kolleginnen und Kollegen, die sich sehr um den Kinderschutz bemühen, und ich erlebe in aller Regel komplexe Helfersysteme, die nach Antworten bei der Entwicklung von Krisenintervention in suchtkranken Familien suchen – und gleichsam erlebe ich, wie ihnen „allen“ manchmal der Fall förmlich wie Sand zwischen den Fingern zerrinnt, ohne dass sie intervenieren können oder dass sie die Chance haben, diese Krisenentwicklung zu verhindern. In einer solchen Situation das Problem auf die Formel „die Jugendämter haben versagt“ zu reduzieren, ist nichts anderes als das, was in Familiensystemen auch passiert: Es wird so etwas wie ein schwarzes Schaf identifiziert – und dies hat meist den Sinn, die wirklichen Probleme im System zu verstecken. So gelten die Jugendämter als die „schwarzen Schafe unseres Systems“, und das lenkt von den letztendlich dramatischen Problemen im gesamten Helfersystem, in der Politik und in der Kultur ab.  
Denn – alle Familiensysteme wurden von komplexen interdisziplinären Helfersystemen versorgt, und trotzdem konnten sich unter den Augen von allen Helfern diese dramatischen Störungsbilder entwickeln. Es bleibt zu fragen: „Welches sind die Probleme, aufgrund derer sich trotz dieser hochprofessionellen Systeme diese Dramen entwickeln konnten?“

Nun zu der ersten Ebene, der Krise in suchtkranken Familiensystemen.

**(16)** Mein Eindruck ist, dass das Problem „Krisen in suchtkranken Familiensystemen“ ob der Komplexität dieses Themas immer noch „eher schemenhaft“ verstanden wird –, denn konkret und im Detail: Manchmal frage ich mich, ob dieses schemenhafte Verstehen, das gleichsam ja so etwas ist wie ein nicht genaues Hinschauen, nicht auch eine Art von Schutz vor der wirklichen Dramatik des Problems ist. **(17)** Diese wirkliche Dramatik möchte ich im Folgenden mit Ihnen zunächst einmal als „die Krise in suchtkranken Familiensystemen“ erkennbar machen, denn nur so wird das Problem verstehbar. Dies ist nach meinem Verständnis die einzige Chance, sinnvolle Lösungsstrategien zu entwickeln. Anders gesagt: Es gilt zuerst einmal das Problem zu verstehen, um dann diesen Erkenntnissen angemessene Kriseninterventionen entwickeln zu können.

In der Bundesrepublik ist in den letzten Wochen, Monaten und Jahren eine Vielzahl von Kindern im Kontext von suchtkranken Familiensystemen entweder zu Tode gekommen, oder sie waren in ihrer Lebensentwicklung hochgradig bedroht **(18)**. Im Folgenden möchte ich Ihnen einige dieser Fälle vorstellen und gleichzeitig die wichtigen Hintergründe benennen, so wird erkennbar, wie sich Krisen im Kontext von suchtkranken Familiensystemen entwickeln können. – Ich bitte Sie auch, in den nächsten Minuten Ihre Seele ein bisschen zu schützen.

**(19)**

München	Junge, 3 Jahre	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter Suchtmediziner empfiehlt Behandlung = Entzugs-symptomatik des Kindes mit Methadon → Überdosierung des Kindes
anonym	Junge, ca. 3 Jahre	komorbides Störungsbild der Mutter
Goslar	Säugling, 8 Monate	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter
Memmingen	Mädchen, 3 Jahre	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, dissoziale Persönlichkeit des drogenabhängigen Ziehvaters
Kiel/Rendsburg	Säugling, 2 Monate	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter
Bremen	Junge, 2 Jahre	komorbide Störungsbilder beider drogenabhängiger Elternteile, dissoziale Persönlichkeit des Ziehvaters
München	Junge, 2 Jahre	Alkoholabhängigkeit der Mutter
Berlin	Säugling, 3 Monate	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, komorbides Störungsbild

(20)

<b>Methadon*</b>	
Methadon	3,3
EDDP	0,5
<b>Opiate*</b>	
Diacetylmorphin (Heroin)	Spuren
6-Monoacetylmorphin (MAM)	1,8
Morphin	0,4
Codein	nicht nachweisbar
Dihydrocodein	nicht nachweisbar
<b>Cannabinoide*</b>	
Tetrahydrocannabinol (THC)	nicht nachweisbar
Cannabinol	nicht nachweisbar
<b>Benzodiazepine**</b>	
Diazepam	nicht nachweisbar

Dies ist die eine Ebene. – Wenn ich diese Familiensysteme im Detail betrachte, dann wird mir auf einer anderen Ebene deutlich, dass alle diese Familien in professionellen Kontexten versorgt wurden. D. h., (21) diese Dramen haben sich nicht nur innerhalb dieser Familien, also zwischen den suchtkranken Eltern und ihren Kindern, entwickelt – es waren zum Teil komplexe Helfersysteme an der Versorgung dieser Familiensysteme beteiligt, und trotzdem haben sich diese Dramen entwickelt.

Im Folgenden möchte ich Ihnen einmal das Helfersystem des Falles Kevin aus Bremen vorstellen, d. h., ich möchte Ihnen zeigen, welche Institutionen an der Versorgung des Familiensystems von Kevin beteiligt waren (22).

Ich erlaube mir, noch einmal kurz daran zu erinnern, dass ich mich immer noch auf der Ebene bewege, die Krise zu definieren, die Krise überhaupt erkennbar zu machen, um daraus Handlungsstrategien abzuleiten.

Warum können sich solch schwere Krisen entwickeln (23)?

#### **(24) Über die Möglichkeit und Unmöglichkeit einer interdisziplinären Versorgung suchtkranker Familien – oder: Die Legende von einer möglichen Kooperation**

(25) Die Idee einer interdisziplinären Kooperation ist von dem selbstverständlichen Gedanken getragen, dass eine solche Kooperation gelingen kann, „wenn alle nur wollen“ – jedoch ist diese Annahme grundsätzlich zu hinterfragen, denn

- eine angemessene Versorgung suchtkranker Familiensysteme in einer interdisziplinären Kooperation ist aufgrund des bestehenden Rechtssystems nicht uneingeschränkt möglich – oder – sie ist schlicht „nicht möglich“!
- Bestehende Gesetze verhindern diese!

**(26)** Wie ist diese „Paradoxie“ begründet? Wenn Sie sich ein „gestörtes Familiensystem“ und die dazu gehörigen Rechtsbereiche anschauen, dann wird dies „nach einem Moment“ erkennbar.

Professionelles Handeln bedeutet in aller Regel, einen gesetzlich legitimierten Auftrag auszuführen.

**(27)**

**(28)** Der Begriff Familie oder die Versorgung abhängigkeitskranker Familien ist in keinem dieser Gesetze benannt oder legitimiert.

**Kranke Familiensysteme** können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden, wie „schwer gestörte Familien und der Schutz ihrer Kinder“ dies bräuchten. Es gibt im bestehenden Rechtssystem keinen Anspruch auf Hilfen für ein krankes Familiensystem im Sinne einer gemeinsamen Therapie usw.

**(29)** Kurz – suchtkranke Familiensysteme bleiben in unseren Systemen unterversorgt – das gilt übrigens auch für Familiensysteme mit anderen Störungsbildern, so psychisch kranke Eltern, straffällige Eltern usw.

**(30)** Dabei ist der Rückkoppelungseffekt der elterlichen Störungsbilder auf das Kindeswohl der entscheidende Faktor – und die Beachtung dieses Rückkoppelungseffekts wird durch diese Gesetze und Leitlinien zu Schweigepflicht und Sozialdatenschutz „nicht beachtet“.

**(31)** Lücken im Gesetz und im System sind nur nicht durch „Appelle“ an eine Kooperationsbereitschaft zu schließen. Diese rechtlichen Inkompatibilitäten sind nach meinem Verständnis die wesentlichen Gründe für die oft immensen Spannungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit im professionellen System. Professionelle Instanzen müssen durch ihr Handeln in der Fallarbeit etwas miteinander verbinden, was qua Gesetz nicht verbunden ist – dies ist die „Quadratur des Kreises“!

**(32) Das Wohl des ungeborenen Lebens – oder: Jede Schädigung des ungeborenen Lebens ist möglich – von Eltern ebenso wie von professionell Handelnden**

(33) Der Schutz des Kindes im Sinne des juristischen Kindeswohls beginnt in einem Rechtssystem mit dem Moment der Geburt; das Wohl des **ungeborenen** Lebens im Verlaufe der gesamten Schwangerschaft ist rechtlich nicht geschützt. Das bedeutet, jegliche schädigenden Einflüsse auf das ungeborene Leben sind im Alltag möglich, solche das ungeborene Leben massiv schädigende Einflüsse sind eine alltägliche Realität in suchtkranken Familien – es besteht keine Möglichkeit, das ungeborene Leben zu schützen.

(34) Toxische und teratogene Potenzen

(35) Unser professionelles Verständnis von Leben meint in aller Regel, dass das Leben mit der Geburt beginnt – und dass sich Leben – und die Krisen im Leben – ab hier entwickeln können.

Tatsächlich sind Krisen von Kindern in suchtkranken Familien häufig bereits mit dem Moment der Geburt endgültig manifest. – Wie sind diese übersehenen „Krisen“ zu erklären?

(36)

(37) Zeitreihe bis 18 Jahre

(38) Ein polytoxikomanes Konsummuster (Polytoxikomanie = Abhängigkeit von verschiedenen Suchtstoffen) mit Substanzen, deren teratogene und toxische, also missbildende und giftige Potenz in der Wissenschaft der Pharmakologie beschrieben ist, ist ein im Alltag übliches Konsummuster – das bedeutet, das ungeborene Leben wird im Alltag mit pharmakologischen Substanzen geschädigt, deren teratogene und toxische pharmakologische Potenz bekannt ist – ohne dass auch nur der Hauch einer Chance besteht, dieses ungeborene Leben zu schützen. Dies gilt auch für polytoxikomane Konsummuster in suchtmmedizinischer Behandlung!

(39) Im Grunde genommen ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, in der das ungeborene Leben durch die teratogene Potenz des Arzneimittels Contergan geschädigt wurde, immer noch Alltag.

(40) Die Schädigungen in der Folge des Konsums dieser Substanzen sind – anders als beim Contergan – nicht **sichtbar** veränderte Gliedmaßen; vielmehr – im ersten Moment unsichtbar

– sind das Gehirn, die inneren Organe, die Augen und die Ohren geschädigt – und wir sind Zuschauer dieses Dramas. Mediziner kennen diese Zusammenhänge qua ihrer medizinischen und pharmakologischen Ausbildung.

**(41)** Und – **keines** der im Kontext eines abhängigen elterlichen Lebens konsumierten Arzneimittel hat eine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in der Schwangerschaft! Dies gilt erst recht für Drogensubstanzen und den Alkohol.

#### **(42) Was passiert in Schwangerschaften mit polytoxikoman abhängigen Müttern mit und ohne suchtmmedizinische Behandlung wirklich?**

Wir haben in den letzten Jahren ca. 100 suchtkranke Schwangerschaftsverläufe von polytoxikoman abhängigen Frauen analysiert und darüber hinaus die Lebensentwicklung der Kinder aus diesen Schwangerschaften sehr genau beforscht. D.h., wir haben wie unter einem Mikroskop einmal einen Blick in die Familiensysteme hinein gewagt und uns die vor- und nachgeburtliche Lebensentwicklung der Kinder in diesen suchtkranken Familiensystemen genau angeschaut.

Diese Ergebnisse möchte ich Ihnen im Folgenden vorstellen.

#### **(43) Konsummuster in der Schwangerschaft**

Vorweg zwei wichtige Zahlen: Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig **ohne suchtmmedizinische Betreuung** – und 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und **wurden suchtmmedizinisch betreut**; 8 hatten unterschiedliche Hintergründe.

In der linken Spalte sehen Sie die Konsummuster der 68 polytoxikoman drogenabhängigen Mütter **ohne** suchtmmedizinische Versorgung, in der Spalte rechts daneben die der schwangeren Mütter **mit** suchtmmedizinischer Versorgung. Bitte beachten Sie im Moment nur diese beiden Spalten. Ich werde Ihnen im Folgenden einige der wichtigen Daten vorstellen.

**(44)** Eine erste Erkenntnis war, dass Mütter **in suchtmmedizinischer Behandlung** bei einigen Substanzen signifikant „größere Mengen Drogen“ konsumierten als abhängige Mütter **ohne suchtmmedizinische Behandlung**.

**(45)** Die Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung berichteten wiederholt darüber, dass sie so etwas wie einen „wahren Drogenhunger“ gespürt haben und dass sie in den Schwanger-

schaften, wie sie es ausdrückten, „ohne Ende Drogen in sich hineingeschaufelt“ haben; in den Beschreibungen wirkte es manchmal so, dass sie „für zwei“ konsumierten.

**(46)** Uns sind suchtmmedizinische Behandlungen von Schwangeren bekannt, die sich durch eine hohe Qualität auszeichnen – jedoch sind die Konsummuster, die sich uns bei Schwangeren in suchtmmedizinischer Behandlung zeigten, mit keinem der mir bekannten Gesetze, keiner Leitlinie und keiner Vorgabe durch irgendeine Fachgesellschaft erklärbar oder zu begründen – es zeigten sich schwerste Belastungen des ungeborenen Lebens im Kontext professioneller Versorgung!

**(47) Über das Leben der Kinder „nach polytoxikomanen Schwangerschaften“ –  
Wie waren die Störungsbilder der Kinder, die diese Schwangerschaften erlebt hatten?**

Im Anschluss an die Analyse der Schwangerschaftsverläufe haben wir gefragt, wie denn die Störungsbilder der Kinder waren, die **diese** Schwangerschaften und ihre nachgeburtliche Sozialisation in suchtkranken Elternhäusern erlebt haben. Dies möchte ich Ihnen gerne im Folgenden vorstellen.

Alle Störungsbilder wurden „von zur Diagnose berechtigten Personen“ diagnostiziert, also von Pädiatern verschiedener Fachdisziplinen, Heilpädagogen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten, Kinderkliniken usw.

Nun zu den Details dieser Untersuchungen:

**(48)**

**(49) bis (71) Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich**

<b>Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (56.)</b> ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24			<b>Substitution mit Beikonsum (23)</b> ICD 10: F19.22, F17.24		<b>Substitution ohne Beikonsum (1P.)</b> ICD 10: F11.22, F10.21, F17.24		<b>weitgehend abhängigkeitsfrei (6.)</b> ICD 10:F17.24, F10.1, F12.1		<b>abhängigkeitsfrei (1P.)</b> ICD 10: F17.1	
1. Neonatales Abstinenzsyndrom	18*	32,1%	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
2. bis zu 3 Monate nach Entzug	13	23,2 %	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
3. Frühgeburt (v.d. 37. SSW)	6	10,7 %	5	21,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
4. „Floppy-Syndrom“ (P94.2)	4	7,1 %	1	4,3 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
5. Störung d. geist., soz. u. körperl. Entwicklung	44	78,6 %	16	69,6 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
6. Hypotonie	7	12,5 %	7	30,4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
7. Verhaltens- u. emotionale Störung	49	87,5 %	22	95,7 %	1	100%	4	66,6 %	1	100 %
8. Hypertonie	5	8,9 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
9. Hyperkinetische Störung	5	8,9 %	6	26,1 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
10. Sehfähigkeit beeinträchtigt	7	12,5 %	8	34,8 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
11. Herzfehler	4	7,1 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
12. Fütterstörung im Säugl.- und Kleinkindalter	29	51,8 %	9	39,1 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
13. Alkoholembyopathie	11	19,6 %	0	0,0 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
14. Reaktive Bindungsstörung	41	73,2 %	11	47,8 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
15. Psychosoziale Deprivation	53	94,6 %	18	78,3 %	1	100%	6	100 %	1	100 %
16. Störung des Sozialverhaltens	24	42,9 %	6	26,1 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
17. Enuresis N= / diurna/nocturna (älter als 4 Jahre)	10	17,9 %	4	17,4 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
18. Enkopresis (wenn schon eine Zeitlang trocken)	3	5,4 %	2	8,7 %	1	100%	1	16,7 %	0	0 %
19. Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten	18	32,1 %	1	4,3 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
20. Körperliche Misshandlung d. Kindes	32	57,1 %	2	8,7 %	0	0 %	5	83,3 %	1	100 %
21. Sexueller Missbrauch d. Kindes	7	12,5 %	2	8,7 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %

**(72)** Wenn Sie sich die Tabelle „Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich“ anschauen, dann wird deutlich, dass diese Kinder so schwer vorbelastet sind, dass eine altersgemäße Entwicklung kaum mehr möglich ist.

**(73)** Die Schulfähigkeit, das Sozialverhalten, die Chance, sozial integriert zu sein etc., sind aufgrund der schweren Schädigungen und Störungsbilder kaum mehr möglich; diese Kinder sind entweder durch ihre vorgeburtliche Belastung oder durch ihre nachgeburtlichen Sozialisationsbedingungen im Kontext suchtkranker Eltern schwerstbelastet und benachteiligt.

**(74)** Es bleibt die dringende Frage zu klären, wie Kinder mit diesen schweren Störungsbildern durch die öffentliche Jugendhilfe „sicher und sachgerecht“ versorgt werden können. Wenn es doch bislang „keine professionelle Infrastruktur“ gibt, in der diese Kinder versorgt werden können, bleibt die Frage: Wie soll die Versorgung dieser Kinder durch die öffentliche Jugendhilfe gelingen?

**(75)** Die Zukunft dieser Kinder ist hoch belastet – und es bedarf dringend einer Positionierung der Suchthilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Politik, um hier schnellstmöglich Hilfen anzubieten – und endlich den so dringenden Schutz der Kinder zu erreichen! Ohne solche neu zu entwickelnden Strategien sind weder „Krisen“ sicher zu definieren noch angemessene „Kriseninterventionen“ zu entwickeln – Hilfen bleiben stumpf!

**(76) Wie ist ein professionelles Handeln in solchen Schwangerschaftsverläufen und nachgeburtlich im Sinne des jeweiligen „State of the Art“ zu erklären?**

**(77)** Ausgehend von diesen Erkenntnissen habe ich mir „**als Wissenschaftler**“ die Frage gestellt: „Wie ist das professionelle Handeln im Kontext dieser Störungsbilder und dieser Erkenntnisse im Sinne des „State of the Art“ einiger Fachdisziplinen erklärbar?“

**(78)** Um dies zu erklären, habe ich

- die Hersteller der Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex zu den Möglichkeiten des Beikonsums befragt,
- diese Konsummuster schwangerer Frauen der Wissenschaft der Pharmakologie mit der Bitte um Erklärung vorgelegt
- **(79)** und das BfArM, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zu der Frage des Beikonsums bei schwangeren Müttern im Kontext der suchtmmedizinischen Behandlung mit den Arzneimitteln Methadon, L-Polamidon und Subutex befragt.

Die Ergebnisse in Kürze:

Die Hersteller der Arzneimittel/Substitute Hexal, Sanofi-Aventis und Essex pharma habe ich gebeten, mir eine Unbedenklichkeitsbescheinigung für die therapeutische Nutzbarkeit ihrer Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex bei einem polytoxikomanen Konsummuster, also substituiert mit Beikonsum, in der Schwangerschaft und in der anschließenden Stillzeit auszustellen.

**(80)** Alle drei Hersteller der Substitute haben **keine** Unbedenklichkeitsbescheinigung ausgestellt; sie haben auf die enormen Risiken hingewiesen, die ein solches Handeln in sich birgt, und sie haben Ausschlusskriterien benannt.

**(81)** Das BfArM .... (mündlich erläutert; s. Stachowske 2008)

**(82)** Danach habe ich drei der führenden deutschen Lehrstühle für Pharmakologie Schwangerschaftsanamnesen dieser Konsummuster vorgelegt und sie gebeten, mir nach dem Stand „ihrer“ Wissenschaft diese Konsummuster zu analysieren und zu erklären.

(83) Alle drei Lehrstühle sehen sich außerstande, diese Konsummuster zu definieren; das bedeutet, mit dem Wissensstand der Wissenschaft der Pharmakologie sind diese polytoxikomanen Konsummuster im Jahre 2008 nicht mehr erklärbar.

Daran schließt sich die Feststellung an, dass professionelle Instanzen, z. B. in der suchtmmedizinischen Behandlung, keine positive Nutzen-Risiko-Analyse für eine suchtmmedizinische Behandlung von Schwangeren mit einem hohen Beikonsummuster begründen können, wenn dies mit den Möglichkeiten der Wissenschaft der Pharmakologie nicht erklärbar ist!

Denkbar ist zwar, dass Ärzte im Rahmen ihrer Therapiefreiheit legale Arzneimittel zusätzlich zu den Substituten anwenden, dies kontrollieren, eine positive Nutzen-Risiko-Analyse entwerfen, die Patienten über die Risiken aufklären usw.

(84) Undenkbar, da medizinrechtlich nicht mehr legitimiert, ist jedoch ein andauerndes unkontrolliertes polytoxikomanes Konsummuster in einer ärztlich geleiteten suchtmmedizinischen Therapie – das ist ein professionelles Handeln mit einer strafrechtlichen Relevanz!

#### **Wie ist ein solches professionelles Handeln medizinrechtlich zu bewerten?“**

Um diese Realitäten medizinrechtlich erklären zu können, habe ich mich als „**Wissenschaftler**“ entschieden, eine medizinrechtliche Expertise in Auftrag zu geben, um die Frage zu klären,

- wie solche Konsummuster von schwangeren Frauen im Kontext einer suchtmmedizinischen Behandlung medizinrechtlich zu bewerten sind.

Diese Expertise hat ein juristischer Experte im Bereich des sog. „Off-Label-Use“ erarbeitet – dies ist der Bereich in der Medizin, in dem anerkannte fachliche Grenzen aus Gründen der medizinischen Therapie überschritten werden. Ein solches Handeln ist im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit als Teil der ärztlichen Therapieoptionen und als sog. individueller Heilversuch nach dem Arzneimittelgesetz möglich; dies fordert jedoch die strikte Einhaltung klarer Grenzen, dies sind

- eine positive Nutzen-Risiko-Analyse, d. h., der Arzt muss eine therapeutische Strategie entwickeln, in der nachweislich ein positiver Nutzen erkennbar ist,

- die einsichtsfähigen Patienten müssen über die Risiken dieses Handelns aufgeklärt werden,
- dieses Handeln und die Konsequenzen, die Aufklärung und die Einwilligung des einsichtsfähigen Patienten müssen dokumentiert werden.

Ein solches Handeln im Rahmen der Therapiefreiheit und eines individuellen Heilversuches ist nur „zeitlich befristet“ als Handeln „im Einzelfall“ möglich! Behandlungen mit einem langfristig überwiegenden Anteil eines nachgewiesenen Beikonsums und/oder eines nicht geprüften Beikonsums sind nicht legitimiert. Nicht denkbar ist, dass solche „Heilversuche“ zur „Standardtherapie“ werden, dass z. B. große Teile des Handelns im „Off-Label-Use“-Bereich vollzogen werden.

Das bedeutet, dass eine suchtmmedizinische Behandlung von schwangeren und stillenden Frauen mit einem nachgewiesenen polytoxikomanen Konsummuster und einem regelmäßigen hohen Beikonsum mit sog. legalen und nicht legalen pharmazeutischen Substanzen als Dauerbehandlung medizinrechtlich nicht mehr legitimiert ist.

Das sagt das Medizinrecht.

**(85)** Wir haben nicht **eine** Schwangerschaft erlebt, in der ein Konsumverhalten praktiziert wurde, das den Leitlinien, den BUB-Richtlinien, dem BtMG oder dem BtMVV, dem Arzneimittelrecht oder der Option des individuellen Heilversuchs entsprach.

Nach meinem Verständnis ist die Zeit gekommen, endlich Expertengremien einzurichten, um Lösungen für die vielen nicht geklärten Fragen zu entwickeln.

Ich denke, es ist an der Zeit, die dritte Säule der Versorgung von Suchtkranken zu entwickeln, d. h. Modelle und Systeme zu entwickeln, in denen die schwangeren und stillenden Frauen versorgt werden, die im Rahmen der suchtmmedizinischen Behandlung nicht mehr „legal“ versorgt werden können. Nach meinem Verständnis ist es auch an der Zeit festzulegen, wo die Grenzen eines Beikonsums in suchtmmedizinischen Behandlungen von schwangeren und stillenden Müttern sind.

**(86)** Es kann nicht sein, dass in der Regel fachlich und rechtlich vorgegebene Grenzen durch professionelle Instanzen überschritten werden – und dabei das ungeborene Leben irreversibel geschädigt wird.

**(87)** In diesem Sinne können professionelle Aufträge nur eingeschränkt wirken, und das wiederum bedeutet, dass trotz aller Bemühungen, Kinder in suchtkranken Familien und suchtkranke Familiensysteme an sich zu versorgen, diese Aufträge zum Teil wirkungslos bleiben müssen.

**(88)** Hier wird erkennbar, wie fatal es ist, gebetsmühlenartig die Formel „Jugendämter haben versagt“ herunterzubeten. Jugendämter sind die am wenigsten fachspezifisch ausgebildete Berufsgruppe, hier sind zu Lösungsproblemen vielmehr Pädiater, Psychiater, Suchttherapeuten, Politiker, Pharmakologen, Entwicklungspsychologen und Systemiker gefragt, die überhaupt erst einmal das Problem definieren müssen, um Lösungen zu erarbeiten, ehe Jugendämter überhaupt eine Chance haben, ihren Auftrag nach Art. 6 GG Abs. 2 zu erfüllen.

**(89)** Worüber soll denn die staatliche Gemeinschaft wachen, wenn das Problem gar nicht erkannt und nicht definiert ist?

Bevor ich zu der Entwicklung von Lösungsstrategien komme, möchte ich die dargestellten „Krisen“ bewerten.

Im professionellen System, in den Gesetzen, in den Definitionen der Störungsbilder in suchtkranken Familiensystemen sind eklatante Lücken manifest; hier gilt es, Grundlagenarbeit zu leisten, um überhaupt Lösungsstrategien entwickeln zu können. Solange diese Lücken nicht erkannt und durch Lösungsstrategien geschlossen werden, werden hochgradige Risiken in suchtkranken Familiensystemen sowohl für die Familiensysteme an sich als auch für das professionelle Helfersystem manifest bleiben.

Die Störungsbilder der Kinder – oder anders gesagt – die Krisen dieser Kinder sind erheblich – und gleichzeitig sind sie durch die nicht definierten Störungsbilder der Medikamenten-Fetal-Embryopathie und der Drogen-Fetal-Embryopathie weitestgehend unerkannt. Kinder mit diesen Störungsbildern haben kaum eine Chance, altersgemäß ihren Lebensplan zu entwickeln. Professionelle Helfersysteme übernehmen die Versorgung dieser Kinder, obwohl sie im Grunde genommen gar nicht erkennen können, wie groß das Ausmaß ihrer Krise tatsächlich ist. In diesem Sinne können professionelle Aufträge nur eingeschränkt wirken, und das wiederum bedeutet, dass trotz aller Bemühungen, Kinder in suchtkranken Familien und suchtkranke Familiensysteme an sich zu versorgen, diese Aufträge zum Teil wirkungslos bleiben müssen.

**(90) Übergeordnete Lösungsstrategie**

Was muss geschehen, um dieses Problem zu definieren?

1. Expertengremien
2. Drogen-/Medikamenten-Embryopathie sind anzuerkennen.
3. Die Inkompatibilität zwischen den Rechtsbereichen ist aufzulösen; dies kann gelingen, indem das SGB IX genutzt wird, und auch die Klammer, die durch das SGB IX entwickelt wurde, muss verpflichtend genutzt werden.
4. **(91)** Dringend: Fortbildung ist mit verpflichtendem Charakter anzubieten, damit professionelle Systeme überhaupt erst einmal eine wertschätzende Kooperation lernen. Wir alle sind nicht ausgebildet, mit anderen Berufsgruppen im Standard wertschätzend zusammenzuarbeiten; jede Disziplin ist durch ihren Ausbildungsgang befähigt, das Wissen dieser Disziplin zu nutzen; die Fähigkeit, in komplexen Systemen zu denken und zu arbeiten, ist im Standard nicht ausreichend entwickelt.
5. **(92)** Die großen Verbände sollten – eigentlich müsste ich sagen „müssten“ – zeitnah alle Mitglieder verpflichten, nach dem „State of the Art“ zu arbeiten, dies ist bis heute keine Selbstverständlichkeit.
6. Der Komplexität des Falles angemessene Versorgungskonzepte sind zu entwickeln und anzubieten, d. h., interdisziplinäre und interfakultative Kooperation sollten das Standardmodell sein.

### **(93) Fallbezogene Lösungsstrategien**

1. Das Störungsbild der Eltern muss im Sinne der ICD/ICF sicher diagnostiziert werden und im Sinne des „unverschuldeten elterlichen Versagens“ im Sinne des BGB § 1666 sicher eingeschätzt werden.
2. Das Störungsbild der Kinder muss sicher diagnostiziert werden.
3. **(94)** Alle im Standard erreichbaren Informationen müssen in ihrer Aussagekraft berücksichtigt werden, so
  - Mutterpass,
  - U-Heft,
  - ärztliche Stellungnahmen,
  - Auszüge aus den Strafregistern,
  - Diagnosen von Kosten- und Leistungsträgern.

**(95)** Vereinbarungen nach § 8a SGB VIII sollten in der Region beschlossen werden; die Fallarbeit mit suchtkranken Familiensystemen verlangt immer eine interdisziplinäre Kooperation; eine lernende Region ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Fallarbeit.

Eine klare, strukturierte Arbeit und professionelle Strategie ist notwendig – als Polarität zu den diffusen Strukturen in suchtkranken Systemen.

Spezifische Weiterbildungen sollten entwickelt und angeboten werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Ruthard Stachowske

Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch

Jugendhilfe Lüneburg gGmbH

Reiherstieg 15

21337 Lüneburg

Tel.: (0 41 31) 74 93-0

Fax: (0 41 31) 74 93-17

E-Mail: [wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de](mailto:wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de)

[stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de](mailto:stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de)

Internet: [www.jugendhilfe-lueneburg.de](http://www.jugendhilfe-lueneburg.de)

[www.stachowske.de](http://www.stachowske.de)

## **Literatur zum Thema**

(geordnet nach dem Erscheinungsjahr)

*Ruthard Stachowske*

„Sucht und Drogen im ICF-Modell“, Heidelberg 2008

*Ruthard Stachowske (Hrsg.)*

„Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“, Heidelberg 2008

*Ruthard Stachowske*

„Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe“, Heidelberg 2002

*Arnhild Sobot*

„Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung“, Lüneburg 2001

*Ruthard Stachowske*

„Familienorientierte stationäre Drogentherapie“, Geesthacht 1994

---

© Ruthard Stachowske, August 2008